

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques POREAUX

Né à Saint-Quentin (Aisne), le 11 novembre 1899

Externe des Hôpitaux

LE

RETARD DU TRANSIT ILÉO-CÆCAL

ET L'ÉTAT HYPERTONIQUE

DU CÆCO-ASCENDANT

DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'APPENDICITE

Contribution à l'étude du Syndrome radiologique indirect
de l'Appendicite chronique

Président : P. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques POREAUX

Né à Saint-Quentin (Aisne), le 11 novembre 1899

Externe des Hôpitaux

LE

RETARD DU TRANSIT ILÉO-CÆCAL

ET L'ÉTAT HYPERTONIQUE

DU CÆCO-ASCENDANT

DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'APPENDICITE

Contribution à l'étude du Syndrome radiologique indirect
de l'Appendicite chronique

Président : P. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LES PROFESSEURS

	MM
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N. . .
Pathologie médicale	N. . .
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ M. LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	{ BRANCA.
	{ MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie
 VERNE. . . . Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERRER . . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N Pathologie médicale

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. En hom-
mage de profond respect.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR JACQUET

Médecin de l'Hôpital Laënnec

*Qui m'a inspiré cette thèse et à qui
je dois le meilleur de ma formation
médicale, en hommage de ma très
vive gratitude et de mon attachement
très sincère.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR JACQUELINE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage sincère de ma
grande affection et en remerciement
de tout ce qu'ils ont fait pour moi.*

A MA CHÈRE FEMME

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES AMIS

AU RÉVÉREND PÈRE LAURAS

*En reconnaissance de l'intérêt bien-
veillant qu'il m'a témoigné au cours
de mes années d'études, hommage de
profond et respectueux dévouement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

MM. le Professeur CHAUFFARD

le Professeur DUVAL

le Docteur ROBINEAU

le Docteur RIBIERRE (*in memoriam*).

le Docteur RIST

le Professeur MARFAN

le Professeur TESSIER

le Professeur GUILLAIN

le Docteur CATHALA

le Docteur MILIAN

le Professeur LEGUEU

Externat :

MM. le Docteur PISSAVY

le Docteur JACQUET

le Docteur FAROY

Le retard du Transit iléo-cæcal et l'État hypertonique du Cæco-ascendant dans leurs rapports avec l'Appendicite

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'examiner à l'écran un grand nombre de malades atteints d'appendicite, nous avons été frappés de la fréquence chez eux, de deux signes radiologiques : le retard du transit iléo-cæcal et l'état hypertonique permanent du caeco ascendant.

Ces deux signes, communs à la vérité, n'ont pas attiré jusqu'à présent l'attention de façon suffisante. C'est à l'étude de ces deux symptômes, et plus particulièrement à leurs rapports avec l'appendicite, que nous consacrons cette thèse.

HISTORIQUE

A) LA RADIOLOGIE DE L'APPENDICE.

L'étude radiologique de l'appendicite n'est pas de date récente et si l'on se reporte aux premières publications concernant cette spécialité, on voit que dès 1909, Béchère présentait un cas de visibilité de l'appendice aux Rayons X. Cette radiographie faite en 1906 avait été obtenue avec une pose de cinq minutes, vingt-deux heures après un repas bismuthé.

En 1909, Aubourg publie deux cas de visibilité de l'appendice et démontre que selon les observations de Lejars et Lanz, l'appendice ne correspond pas toujours au point de Mac Burney.

En 1911, au Congrès de Moscou, Grégorieff décrit le premier la physiologie radiologique de l'appendice, ses mouvements, son mode de remplissage et considère que sauf obstacle anatomique, l'appendice peut toujours être mis en évidence par un examen radiologique. C'était un grand progrès à une époque où la discussion était vive sur la visibilité de l'appendice et la signification pathologique de celle-ci.

Dans les années suivantes, de nombreux auteurs,

tant en France qu'à l'étranger, améliorent la technique de l'examen parallèlement au perfectionnement du matériel radiologique, publient et commentent de nombreuses observations radiologiques.

En 1912, Desternes et Belot publient un cas contrôlé opératoirement dans lequel ils s'étaient rendu compte radiologiquement de la présence d'adhérences péri-appendiculaires.

En 1913, Holznecht décrit son « palpatorium » et son procédé pour mettre en évidence l'appendice lorsqu'il se cache derrière le caecum.

En 1914, Rieder reconnaît quelques formes pathologiques appendiculaires.

• Nous assistons en somme à l'établissement de la pathologie radiologique de l'appendicite : ce sont tous ces signes — adhérences, mobilité de l'appendice, etc... — qui plus tard seront groupés sous le nom de signes directs de l'appendice. Le seul point de litige était toujours la question de visibilité ou d'invisibilité de l'appendice, les auteurs américains donnèrent à ce sujet des statistiques où les cas positifs étaient excessivement nombreux : dès 1913, George et Gerber déclaraient que l'appendice était visible dans 70 % des cas. En 1917, Roswell Petit donne un pourcentage de 80 % pour la visibilité de l'appendice aux Rayons X et expose sa technique.

En 1918, Spriggs, après avoir précisé la physiologie de l'appendice normal et établi la séméiologie de l'appendicite chronique, publie une série de

radiographies d'appendices normaux et pathologiques, accompagnées d'observations.

Après la guerre les radiologistes français reprennent leurs travaux sur les signes et les formes radiologiques de l'appendicite chronique. Jaisson les précise et les discute avec de nombreuses radiographies à l'appui. Nous ne citerons pas tous les articles publiés sur l'appendicite chronique, ils sont extrêmement nombreux. Les auteurs ont définitivement précisé et mis au point la technique de l'examen radiologique, ils ont décrit les signes cliniques de l'appendicite et leurs rapports avec la radiologie.

Peu à peu on assiste à une nouvelle évolution : certains signes auxquels on ne s'était guère arrêté au début, prennent actuellement une importance croissante. Ce sont les « signes indirects » sur lesquels nous voulons insister dans notre thèse en montrant que bien souvent, ils acquièrent une valeur diagnostique égale à celle des signes directs. Ils permettent en effet d'établir un diagnostic d'appendicite chronique même si l'appendice semble normal et surtout même s'il reste invisible.

B) SIGNES DIRECTS DANS LA RADIOLOGIE DE L'APPENDICITE

La radiologie a d'abord et surtout étudié la forme de l'appendicite qui se traduit à l'écran par une image anormale de l'appendice lui-même, l'anomalie pouvant siéger soit dans la forme de l'appendice, soit dans son siège, soit dans ses rapports

avec le cœcum, le péritoine, ou les organes voisins.

Les données fournies par cette étude constituent ce que l'on appelle les « signes directs de l'appendicite ».

Nous distinguerons dans les signes directs : les signes physiques et les signes fonctionnels. Nous ne ferons d'ailleurs que les énumérer.

Il faut dire aussi un mot de la visibilité de l'appendice : on a cru qu'un appendice invisible était toujours forcément suspect, mais, invisibilité de l'appendice ne signifie pas qu'il ne s'est pas rempli de substance opaque puisqu'il suffit qu'il soit rétro-cæcal, par exemple, pour que même rempli de baryte, il soit masqué (Maire). Actuellement la technique semble être tout à fait au point et l'appendice est visible dans 70 % des cas environ ; il semble que la visibilité est bien souvent une question de patience et de renouvellement d'exams.

a) *Signes physiques.*

Forme. — Longueur démesurée, aspect en fer à cheval, irrégularités de diamètre, de volume, ou de clarté (vacuoles), contours déchiquetés, aspect en moignon, coudures... etc.

Siège. — Peut être situé en un point variable, depuis la face inférieure du foie jusque dans le petit bassin, suivant qu'il s'arrête à l'un des stades de la vie embryonnaire ou même qu'il continue sa descente vers le petit bassin.

Rapports. — On comprendra facilement que selon la position qu'il occupe, il pourra soit adhérer à la face inférieure du foie, soit — selon l'expression de Dupuy de Frenelles — « flirter par sa pointe, soit avec la vésicule biliaire, soit plutôt avec le pôle inférieur du rein » ou encore se replier en arrière du côlon ascendant et enfin reposer sur la vessie ou se loger, chez la femme, dans la fosse située en arrière des ligaments larges et où se trouve la fossette ovarienne.

b) *Signes fonctionnels.*

Douleur. — C'est un des signes directs les plus importants que la localisation sous l'écran d'un point douloureux au niveau de l'appendice. Pour avoir une valeur diagnostique réelle, il faut que cette douleur accompagne la région appendiculaire dans tous ses déplacements : de la position debout à la position couchée et à la position de Trendelenbourg.

Mobilité. — L'appendice normal est mobile, il se déplace avec le cæcum et aussi par rapport au cæcum. A l'état pathologique, il peut adhérer aux organes voisins et, si ceux-ci se déplacent, sa position par rapport à eux reste invariable.

Hyperkinésie. — Ce serait d'après Spriggs un indice de sténose au moins à son début.

Stase. — Tous les auteurs sont maintenant d'accord pour déclarer qu'il y a stase appendiculaire

quand l'appendice retarde son évacuation après la trente-sixième heure.

Nous ne nous attarderons pas davantage sur les signes directs, ce n'est pas là le but de notre thèse. Ils ont été décrits très complètement par de nombreux auteurs, mais il était nécessaire de les rappeler ici pour éviter toute confusion entre eux et les signes indirects sur lesquels nous insisterons.

C) SIGNES INDIRECTS DANS LA RADIOLOGIE DE L'APPENDICITE.

Ce sont les signes qui traduisent une cœlite localisée à l'appendice, ils sont donc analogues aux signes de cœlite des autres segments intestinaux et révèlent la réaction de voisinage causée par l'organe enflammé.

Fixité du bas-fond cœcal. — Elle est la conséquence d'une réaction péritonéale d'origine appendiculaire, l'inflammation de l'appendice détermine en effet la formation d'adhérences qui viennent souder le bas-fond cœcal au péritoine.

La stase iléale. — C'est la persistance au delà de la sixième heure de la substance opaque dans les dernières anses grêles. Elle peut avoir plusieurs origines : adhérences, sténose causée par des brides, spasme.

Stase cœcale. — On a cité à tort la stase cœcale comme signe indirect de l'appendicite chronique : loin d'être la cause de la stase cœcale, celle-ci paraît

bien plutôt en être la conséquence. C'est la stase d'origine inconnue (brides, coudures, dolichocolon, etc...), la stase avec toutes ses suites (fermentations, résorption de toxines, phénomènes d'obstruction) qui a infecté l'appendice. Et si l'appendice chronique se manifeste chez un sujet non stasique, on peut tout au contraire constater une rapidité exagérée de l'évacuation du fond cæcal (Maire).

On cite encore : l'accolement des côlons en « canons de fusil » et la ptose du transverse « en baldaquin ».

Parmi les signes indirects que nous venons de citer, on s'est surtout attaché aux deux signes suivants : la fixité du bas-fond cæcal et la stase iléale. Or la fixité du bas-fond cæcal peut très bien être produite par une typhlite non compliquée d'appendicite, ou chez la femme par une affection génitale. C'est donc un signe très infidèle même quand il est extrêmement net.

Quant à la stase iléale, certes elle a déjà été décrite comme signe indirect de l'appendicite chronique, mais il fallait pour qu'on lui accorde quelque valeur qu'elle atteigne un énorme degré.

Nous allons préciser quelques points concernant la stase iléale que nous envisagerons dans cette thèse sous un aspect particulier. Puis nous décrirons un autre signe sur lequel on n'a pas encore assez insisté : l'entérospasme.

La stase iléale. — Il est communément admis que la stase iléale est symptomatique d'une lésion du

carrefour inférieur : en fait, d'appendicite. Ce terme est la délimitation exacte, dans le temps et dans l'espace du processus pathologique auquel il s'applique ; or si l'on cherche à savoir après quel délai la stagnation dans l'iléon devient pathologique, et à quel moment elle cesse de l'être, on ne rencontre à ce sujet qu'interprétations confuses, évasives et quelquefois contradictoires : pour prendre ce signe en considération et lui attribuer une valeur diagnostique réelle, les auteurs lui demandent de s'appliquer à quelque chose d'important, de volumineux et de prolongé. Ce n'est qu'après des délais de dix huit, vingt-quatre, trente-six heures même, au lieu des six heures habituellement nécessaires pour le franchissement du défilé iléo-cæcal que l'on s'accorde à considérer ce retard de transit comme vraiment pathologique.

Par contre les cas tout à fait atténués de stase iléale n'ont pas été jusqu'à présent pris en considération, les radiographes en tiennent peu compte. Il semble que l'on éprouve une sorte de pudeur à attribuer une valeur quelconque à ce syndrome dans sa forme atténuée ; on se borne à le constater simplement sans oser lui attribuer une valeur diagnostique réelle.

Entérospasme. — On a décrit dans l'appendicite des troubles réflexes se manifestant parfois à longue distance de l'appendice : spasme de la région vésiculaire, du duodénum et même de l'estomac. On n'a guère jusqu'à présent fait attention à l'entérospasme.

Nous n'avons trouvé que trois auteurs qui l'aient signalé.

Carman dans son livre : *The Roentgen diagnosis of diseases of the Alimentary Canal* (1921), p. 605, parmi les symptômes de présomption de l'appendicite ne fait que mentionner seulement ce qu'il appelle « Spasticity of the colon ». Si l'on cherche un commentaire et un détail quelconque, l'auteur se borne à mentionner (page 609) : signalons que l'état spastique du colon peut avoir d'autres causes que l'appendicite : « Spasticity of the colon has others causes besides appendicitis ».

Turries, dans un article publié en 1926 dans le *Marseille médical* décrit les spasmes coliques : « ces perturbations peuvent être sous la dépendance d'un réflexe à court circuit ou d'un réflexe à long circuit : réflexe à court circuit quand le spasme siègera au niveau de la lésion (l'excitation spasmogène n'empruntant alors que la voie des plexus intestinaux)... le spasme se superpose alors étroitement à la lésion, de la même façon qu'un spasme pylorique est symptomatique d'un ulcus duodéno-pylorique, ou un spasme vésiculaire de la migration d'un calcul... Bien que ne faisant pas anatomiquement partie intégrante du colon, il y a lieu de décrire avec les causes locales du spasme colique, deux affections très importantes ici : d'une part l'appendicite chronique, d'autre part les lésions de la région ano-rectale. Situées aux deux extrémités du cadre colique, ces affections agissent vraisemblablement par

des réflexes à la fois à court et à long circuit. »

Mais c'est notre Maître, le Docteur P. Jacquet qui a précisé le premier le rapport étroit de ce symptôme radiologique avec l'appendicite chronique : dans *Le Journal médical Français*, n° 8, août 1928, p. 268. Sous le titre : *Les Etats Gastralgiques*, nous lisons : « Fréquemment, et par suite du pylorisme réflexe, six heures après un repas baryté, la plus grande partie de la substance opaque injecte encore l'iléon. Souvent aussi, du fait d'une réaction colitique associée, le cæco-ascendant est spasmé, déterminant de profondes incisures sur la masse opaque avec une rétraction apparente de l'image cæcale qui prend l'aspect d'un moignon. Cette coexistence de la stase iléale avec l'état spasmé du cæco-ascendant constitue un ensemble que nous avons rencontré avec une certaine fréquence au cours de l'appendicite chronique et qui est assez caractéristique, à nos yeux, des réactions appendiculaires. »

REMARQUE SUR LA TECHNIQUE RADIOLOGIQUE.

Ce serait sortir du sujet de cette thèse, que de décrire en détail la technique de l'examen radiologique qui est d'ailleurs maintenant tout à fait au point. Nous indiquerons en deux mots la façon de procéder que nous employons. Ce détail a son importance car tous ceux qui se sont occupés de la radiologie du tube digestif, savent combien il est facile avec une technique défectueuse de faire de graves erreurs

dans un sens ou dans l'autre : soit en croyant voir ce qui n'existe pas, soit en laissant inaperçus des symptômes à signification capitale.

Tous nos examens ont été pratiqués de la façon suivante : le malade étant préparé à 4 heures du matin par l'ingestion de 200 grammes de gélobarine délayée dans un grand bol d'aliments demi-liquides, était convoqué à 9 heures du matin.

Tous les sujets ayant un retard de transit ont été examinés à des reprises successives dans le courant de la matinée et pour certains d'entre eux, une dernière fois le lendemain matin.

CHAPITRE PREMIER

STATISTIQUE

Nos recherches ont porté sur 205 malades de la consultation de l'hôpital Laënnec et chez qui, pour des raisons diverses, un examen radiologique du tube digestif avait été pratiqué, comportant notamment un examen approfondi du carrefour inférieur.

Sur les 205 observations représentant la totalité du dossier consulté, le retard du transit iléo cæcal s'est rencontré 38 fois.

Chez 166 malades atteints d'affections diverses du tube digestif (affections hépato-biliaires, troubles fonctionnels ou organiques à localisation gastropyloro-duodénale, colites, dyspepsies fonctionnelles ou lésionnelles chez des tuberculeux) mais non suspects cliniquement ou radiologiquement d'appendicite, le désordre s'est rencontré 20 fois, soit dans 12 % des cas.

Chez 30 malades diagnostiqués cliniquement comme étant atteints d'appendicite chronique, avec ou sans vérification opératoire, ou anciens appendiculaires opérés d'appendicite et continuant à souffrir, le retard du transit iléo-cæcal s'est rencontré 12 fois, soit dans 40 0/0 des cas.

Chez 9 malades enfin, de diagnostic incertain et étiquetés sur les fiches comme « suspects d'appendicite », le retard du transit iléo-cæcal s'est rencontré 6 fois.

En ce qui concerne l'hypertonie du cæco-ascendant, les chiffres apportent une précision plus grande encore : nous l'avons trouvée 12 fois dans nos 205 observations.

Chez les sujets exempts d'appendicite nous ne l'avons notée que 5 fois soit dans 3 % des cas.

Chez nos 30 appendiculaires elle existait 6 fois, soit *chez 20 0/0 des malades*.

Chez nos 9 douteux enfin, elle existait dans deux cas.

5 fois, chez nos 205 malades, l'entérospasme localisé s'associait à un retard net du transit iléo-cæcal, et les chiffres se répartissent ainsi : 3 appendiculaires (sur 30), 1 douteux (sur 9), et 1 sujet seulement exempt d'appendicite (sur 166).

CHAPITRE II

RETARD DU TRANSIT ILÉO-CÆCAL

Physiologiquement, chez un sujet correctement préparé et six heures après le repas opaque la charge barytée de l'intestin s'est déversée en totalité ou presque entièrement dans le cæco-ascendant. Le cæcum est bien rempli jusqu'à l'angle hépatique, commençant parfois à déborder dans le transverse.

Fréquemment à ce moment un léger résidu baryté persiste dans les anses grêles. La dernière anse iléale notamment est encore injectée, facilement reconnaissable au distincteur en position couchée. Encore ne s'agit-il que d'une partie relativement minime de la masse opaque totale et cette stagnation n'est-elle qu'éphémère. Du fait de l'ingestion du second repas opaque, pris sous l'écran et qui complète l'examen, ce résidu iléal lui-même s'évacue rapidement et tout le grêle est libre à la fin de l'examen.

Chez les appendiculaires au contraire, le transit est souvent retardé. A la fin de la sixième heure, la plus grande partie de la masse opaque est encore dans l'iléon, formant dans la fosse iliaque droite un amas que le distincteur dissocie en quatre à

six anses grêles qu'il importe de ne pas confondre avec le transverse.

Le cæcum souvent à ce moment est à peine indiqué, l'ascendant n'est pas visible. L'ingestion du second repas accélère la libération du grêle, mais l'évacuation complète de l'iléon est lente et il faut suivre le malade d'heure en heure dès que sont passés les délais habituels pour prendre pleinement connaissance du cæco-ascendant.

Ce sont ces cas où, à la fin de la sixième heure, la plus grande partie du repas est encore dans l'iléon, le cæco-ascendant n'étant pas entièrement visible, que nous avons relevés dans nos observations.

(Se rapporter aux observations citées plus loin et qui portent les numéros 1-2-3-4-5-6-7-8-9).

Le fait n'est pas épisodique, contingent comme on serait tenté de le croire. Il se retrouve avec une parfaite régularité chez le même sujet à plusieurs jours d'intervalle. Il constitue une façon d'être habituelle et régulière de l'intestin envisagé. Et si l'on ne peut lui appliquer, à proprement parler, le terme de stase iléale, réservé aux désordres de longue durée et très importants du transit et dont la valeur diagnostique n'est plus à faire, sa valeur indicative n'en est pas moins certaine puisqu'il existe chez 40 % des appendiculaires, et chez 12 % seulement des sujets exempts d'appendicite de notre statistique.

A côté de cela nous avons observé le retard de transit chez un certain nombre de malades non appen

diculaires (chez 20 malades sur 166 non appendiculaires) et qui souffraient de còlite, ou de périduodénite, ou d'ulcus duodénal, ou de cholécystite ou enfin chez des malades non suivis chez qui un diagnostic d'appendicite n'avait pas été confirmé par des examens répétés.

CHAPITRE III

ÉTAT HYPERTONIQUE DU CÆCO-ASCENDANT

Nous avons tenu compte, dans notre statistique, que des cas évidents, frappants d'entérospasme localisé et s'étant imposés à l'attention du radiologiste sans que nous lui en ayons fait la remarque. (Se reporter aux observations nos 13-14).

Chez les appendiculaires en effet, qu'il y ait accompagnement ou non de côlite, cliniquement reconnaissable, l'entérospasme revêt une allure des plus particulières. *Le spasme colique demeure localisé au cæco-ascendant*, il ne dépasse pas l'angle droit du côlon et respecte dans toute leur étendue le transverse et le descendant. Cet aspect particulier du cadre colique se rencontre dans notre statistique chez 20 % des appendiculaires et chez 3 % seulement des sujets exempts d'appendicite.

Mais si, laissant de côté les cas évidents d'entérospasme, on fait entrer en ligne de compte la simple hypertonie du cæco-ascendant, facilement reconnaissable d'ailleurs à l'écran, sans aller jusqu'au spasme vrai, la présence de ce symptôme est bien plus considérable encore.

Chez une foule d'appendiculaires en effet, le côlon dans sa moitié droite est anormalement dessiné. Les contours sont nets, comme tracés au crayon. Ils décrivent avec une parfaite régularité, les incisures et les bosselures alternantes de l'organe. Et cet aspect, schématisé en quelque sorte, du côlon dans sa moitié droite et donnant nettement l'impression d'une contracture légère, contraste avec l'aspect amorphe, détendu, passivement rempli du gros intestin dans ses autres segments.

Traduisant à n'en pas douter une còlite segmentaire évoluant en liaison avec l'appendicite, ou un réflexe hypertonique d'origine appendiculaire à détermination colique, — et probablement les deux à la fois, — cet état contracté du côlon droit seul, à l'exception du reste du gros intestin, associé au retard habituel chez ces malades et un peu paradoxal du transit s'observe avec une grande fréquence au cours de l'appendicite dont il constitue un syndrome radiologique indirect et de réelle valeur.

Il semble que l'on saisisse sur le vif le processus si fréquent de la còlite droite associée à l'appendicite, évoluant en liaison avec elle et susceptible de lui survivre après l'intervention.

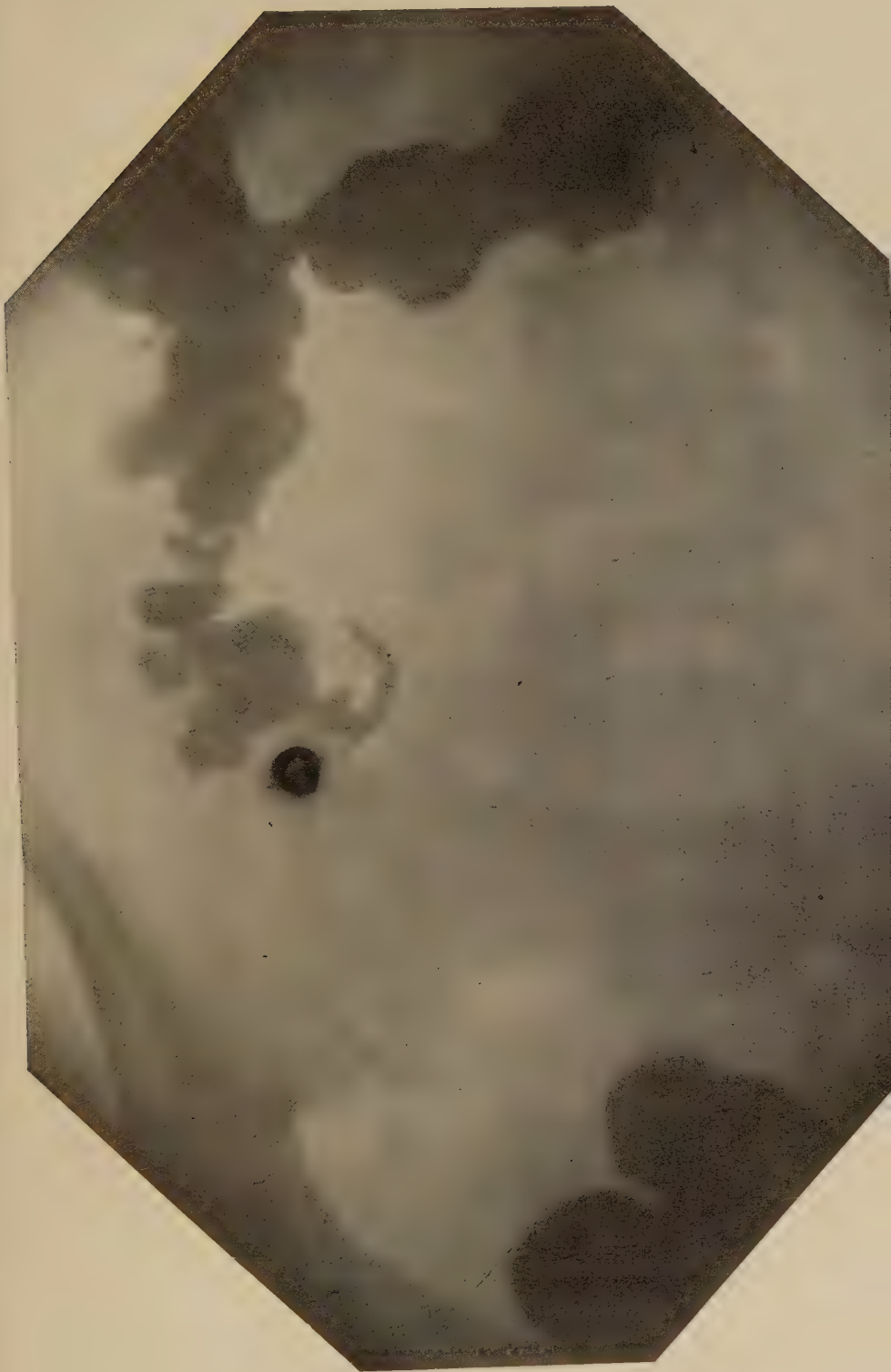
En effet, la fréquence de la còlite liée à l'appendicite, dans ses formes chroniques tout au moins, est extrême et il est peu d'appendiculaires qui n'aient eu à un moment donné à souffrir de leur cadre colique.

La còlite appendiculaire se superpose d'autre part

avec une singulière netteté à la *côlite tenace du flanc droit des opérés*. Ici en effet les caractères de la côlite sont exactement les mêmes qu'au cours de l'appendicite. C'est une colite douloureuse également, essentiellement constipante comme l'est elle-même la côlite appendiculaire. Et les deux processus : côlite liée à l'appendicite et côlite des opérés se continuent l'un l'autre sans transition, ou après un temps d'arrêt suivant l'intervention, dans les cas défavorables.

Côlite appendiculaire et côlite des opérés représentent sans nul doute un seul et même processus, à des degrés différents, certes, d'importance et de curabilité du fait même de leur évolution et dont les formes plastiques, bien connues des chirurgiens, constituent l'aboutissant (P. Jacquet).

La même image d'hypertonie colique localisée, s'est rencontrée en effet sans changement, chez certains de nos malades opérés d'appendicite et continuant à souffrir.



Appendicite.

Etat spasmé du caeco-ascendant avec caecum rétracté.
Colon transverse et fin du descendant normaux. Appendice visible.
Repérage du point douloureux (Cliché du Dr Gally).

CHAPITRE IV

ASSOCIATION DU RETARD DU TRANSIT ILÉO-CÆCAL ET DE L'HYPERTONIE DU CÆCO-ASCENDANT

Il arrive fréquemment que lors d'un examen pratiqué normalement six heures après un repas baryté, on constate la présence de la plus grande partie de la substance opaque dans l'iléon. En même temps l'image du cæco-ascendant est profondément découpée par des incisures très marquées ; par suite, cette image cæcale prend l'aspect assez particulier d'un moignon.

Il est évident que nous nous trouvons là en présence de l'association des deux signes que nous venons de décrire, la stase iléale et le spasme du côlon ascendant.

Dans le dossier des appendiculaires de la Consultation de l'Hôpital Laënnec où sont groupées les observations qui nous ont servi à établir cette thèse, nous trouvons cinq fois l'association de l'entérospasme et du retard du transit iléo-cæcal ; trois cas sont parmi les 30 appendiculaires nets ; 1 cas parmi les 9 douteux et 1 seulement parmi les 166 sujets non appendiculaires.

(Se reporter aux observations n^{os} 16-17-18).

FICHES UTILISÉES : 205

Se répartissant sur :

Appendicites diagnostiquées (présentes ou opérées).....	30
Appendicites douteuses.....	9
Autres affections ou pas de diagnostic.....	166
<i>Stase iléale</i>	38
<i>Entérospasme</i>	12

Stase iléale :

Appendicites :.....	12
Douteux :.....	6
Non append. :	20

Entérospasme :

Appendicites.....	5
Douteux.....	2
Non append.....	5

Stase iléale et entérospasme :

Appendicites.....	3
Douteux.....	1
Non append.....	1

TABLEAU D'ENSEMBLE

Sur les 205 observations, nous rapportons toutes celles où l'on retrouve les signes radiologiques qui nous intéressent — que les malades soient appendiculaires ou non.

	Diagnostic	Retard du Transit	Côlon spasme
	—	—	—
Barri.	appendicite	+	
Caill.	appendicite		+
Chassi.	observ. insuff.	+	
Féli.	côlite	+	
Fili.	Dyspepsie ?		+
Mallet.	?	+	
Mot.	?	+	
Rém.	ulcus gastr.	+	
Audr.	?	+	
Berna.	cholécystite	+	
Boul.	?	+	
Cavir.	?	+	
Chev.	dysp. chez tub.		+
Colot.	?	+	
Chuch.	ulcus duodénal	+	
Christ.	ulcus	+	
Dampi.	périduodénite	+	
Duha.	constipation	+	+
Fouqu.	constipation	+	
Fratti.	appendicite ?	+	
Huss.	stén. pylore	+	
Jam.	?	+	
Richar.	dyspepsie ?	+	

	Diagnostic	Retard du Transit	Côlon spasme
Coll.	appendicite	+	
Piccar.	appendicite ?	+	
Pouliz.	appendicite ?	+	
Ballo.	app. opérée	+	
Raum.	appendicite ?	+	
Salano.	appendicite	+	
Pet.	appendicite ?	+	
Venda.	appendicite	+	
Rousse.	appendicite	+	
Papo.	appendicite		
Rol.	appendicite	+	
Montaug.	appendicite	+	+
Gro.	appendicite	+	
Bordess.	appendicite	+	+
Aubert.	appendicite	+	
Bernad.	appendicite	+	+
Pern.	colite		+
Rog.	appendicite ?	+	+
Choz.	appendicite	+	
Quint.	appendicite ?		+
Piédal.	app. opérée	+	
Girau.	?		+
Sel.	app. opérée		+
Foun.	?	+	

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Appendicite. Retard du transit iléo-cæcal.

Mme V..., 31 ans.

Le 4 décembre 1928 vient consulter, se plaignant d'un malaise persistant depuis trois ans et qui commence après le repas de midi pour aboutir à un vomissement qui se répète souvent deux ou trois fois de suite. Ce vomissement est bilieux et alimentaire, il se produit entre 2 et 5 heures du soir. La malade se force à vomir car elle se sent très soulagée ensuite, elle a beaucoup maigri et souffre d'une grande constipation habituelle. Il existe un point appendiculaire léger et douteux, on ne constate aucun signe réflexe semblant lié à une affection appendiculaire.

Le 15 décembre 1928, le point appendiculaire est très net surtout quand on fait fléchir la cuisse. On sent des battements épigastriques intenses.

RADIO : on constate un *retard de transit iléo-cæcal important à la 7^e heure*, s'accompagnant de l'existence d'un très léger résidu baryté gastrique sans hypersécrétion.

Le 24 décembre 1928, la malade est opérée de l'appendicite.

Le 21 janvier 1929, elle est revue, se porte bien depuis

l'opération, elle présente cependant après chaque repas des pituites survenant cinq heures après.

OBSERVATION II

Retard du transit iléo-cæcal et cæcum fixé.

Mme Rol...

Malade qui présente depuis dix ans un psôitis intermittent, qui d'autre part se plaint de maigrir beaucoup.

A l'examen on trouve une tuméfaction instable de la fosse iliaque droite ; cette tuméfaction est douloureuse par intermittences. La malade souffre d'une grande constipation habituelle.

RADIO : *premier repas entièrement dans l'iléon, on ne voit que des traces seulement dans le cæcum.* Evacuation lente de l'estomac hypokinétique. Pas de déformation ni de point douloureux dans la région gastrique. Le cæcum est à 2 cm. du pubis ; ne changeant nullement de position aussi bien debout qu'en décubitus et en Trendelenbourg, et non mobilisable à la palpation. La douleur est localisée au bas-fond cæcal.

OBSERVATION III

Retard accentué du transit iléo-cæcal avec retard de l'évacuation gastrique.

M. Jacques Gro...

C'est un malade qui souffre depuis deux ans, il a de l'éccœurement le matin, la matinée et la journée sont bonnes mais souvent il se produit un vomissement immédiatement après le repas du soir.

A l'examen on trouve un point douloureux appendiculaire.

RADIO : six heures après le repas opaque, la masse barytée est toute entière dans l'iléon. L'évacuation gastrique est lente malgré un péristaltisme intense avec hypersécrétion.

OBSERVATION IV

Retard du transit iléo-cæcal et pylorisme.

M. Ober...

Vient consulter pour la première fois le 19 juin 1928. Exerce la profession de valet de chambre.

C'est un dyspeptique amaigri. Il ressent des malaises à jeun, qui sont calmés par les repas ; immédiatement après ceux-ci il se sent ballonné.

A l'examen on trouve de l'épigastralgie et de l'aérophagie, on ne perçoit pas de battements épigastriques.

RADIO : six heures après le premier repas opaque on retrouve des traces de gélobarine dans l'estomac, mais *la plus grande partie du repas est dans l'iléon*. On ne trouve pas de point douloureux ni de fixité anormale.

Deuxième repas : pas de liquide de sécrétion dans l'estomac qui semble tonique, haut situé, non dilaté. Le vestibule pylorique est spasmodique. Le bulbe qui est assez gros n'est pas déformé ni douloureux.

OBSERVATION V

Appendicite chronique et retard du transit iléo-cæcal.

Mme Rouss...

Malade qui a présenté il y a six ans une crise de coliques appendiculaires et chez qui on trouve actuellement un point appendiculaire très net.

RADIO : six heures après le premier repas opaque *les 3/4 de la gélobarine sont dans l'iléon* et 1/4 seulement dans le cæcum. On constate de la ptose cæcale. Le cæcum s'élève de 1 cm. en passant de la station debout à la position horizontale, et de 4 cm. en passant en position de Trendelenbourg.

Point douloureux peu intense mais persistant, suivant les déplacements du défilé iléo-cæcal.

Un deuxième repas opaque montre un estomac vide, en J, de bonne tonicité. Il y a une grosse poche à air mais pas de déformation.

OBSERVATION VI

Appendicectomie ancienne. Cólite.

Mme Piedal...

Malade âgée de 49 ans qui a eu autrefois plusieurs crises d'appendicite, et qui a été opérée à 32 ans. Elle souffre depuis de crises gastralgiques et de réactions colitiques à forme diarrhéique surtout post-prandiale. A beaucoup maigri, est très asthénisée.

RADIO : six heures après le repas opaque *l'iléon est encore*

rempli. Les côlons sont injectés, mais la baryte semble délayée dans le côlon par du liquide de sécrétion.

OBSERVATION VII

Appendicite à forme gastralgique.

Mme Coll...

Jeune femme amaigrie, qui de tout temps a été une grande constipée, qui souffre de gastralgie depuis son adolescence et qui a eu un rejet de sang par la bouche, dont la nature n'a pu être précisée. Elle souffre spontanément de sa fosse iliaque droite, d'autre part elle a un léger degré de métrite.

Revue après huit jours de traitement laxatif, on constate que la douleur est très nette au point de Mac Burney, et qu'elle devient très vive si, mettant la malade en position renversée, on lui fait lever légèrement la jambe droite pour contracter le psoas.

RADIO : le 27 décembre 1928, sept heures après le repas opaque, *toute la gélobarine est dans l'iléon.*

Lors d'un second examen, on voit un estomac allongé, sans déformation pariétale, l'évacuation est lente. On voit également des lésions pulmonaires anciennes et discrètes.

OBSERVATION VIII

Appendicectomie ancienne. Retard du transit iléo-cœcal.

M. Ball., 23 ans.

Malade opéré d'appendicite, qui se plaint de vertiges et de nausées subites. Le ventre n'est pas douloureux à la palpation.

RADIO : sept heures après le repas baryté, *les dernières anses grêles sont encore injectées*. Le cæcum seulement est visible et ses bords sont flous. On note d'autre part une grande ptose gastrique, le bas-fond de l'estomac est à 10 cm. au-dessous de la ligne bis-iliaque, le pylore à la hauteur de la 5^e vertèbre lombaire. Du liquide de stase surmonte le repas baryté.

Vingt-quatre heures après le premier repas, le sulfate de baryum injecte le cæcum, le colon ascendant et le rectum.

OBSERVATION IX

Neurotonie appendiculaire. Retard du transit iléo-cæcal
Appendicite opérée avec lésions constatées.

Mlle Salano..., 26 ans.

Le 6 mai 1928, la malade vient consulter pour la première fois, c'est une jeune femme qui a beaucoup maigri depuis un an avec état gastralgique permanent et grands paroxysmes douloureux. Battements épigastriques très marqués, vertiges, troubles oculaires, constipation habituelle et anormale. La malade est suivie régulièrement et on tente pour elle tous les moyens thérapeutiques : belladone, cure d'alimentation, peptone magnésinée, diathermie.

Le 22 février 1929, après une amélioration passagère qui a été suivie rapidement d'un échec complet, et recommençant à souffrir, la malade absolument désireuse de guérir s'en remet entièrement à nous.

RADIO : sept heures après un 1^{er} repas, *les 2/3 du sel opaque sont dans l'iléon*, 1/3 dans le cæcum dont le fond

est ptosé sur la ligne médiane, près de la symphyse. Un 2^e repas montre un estomac un peu allongé, vide à jeun, non déformé.

Un examen gynécologique montre un ovaire droit assez gros scléro-kystique.

Sur l'insistance de la malade on pratique une intervention surtout exploratrice, par une incision à droite permettant d'explorer l'ovaire, l'appendice, la vésicule biliaire. On trouve et on enlève un appendice malade, enflammé et oblitéré à sa base (27 avril 1929).

Le 8 mai 1929 la malade est revue, guérie, la constipation a complètement cessé, il en est de même des vertiges et des troubles oculaires. Il est difficile de juger le succès comme définitif, mais dès à présent la rémission est absolument disproportionnée avec les résultats des traitements médicaux précédents.

CAS OU LE RETARD DU TRANSIT ILÉO-CÆCAL ÉTAIT
ÉVIDENT MAIS OU LE DIAGNOSTIC D'APPENDICITE
RESTAIT DOUTEUX

OBSERVATION X.

Appendicite. Constipation chronique

Retard du transit iléo-cæcal.

Mme Pet..., 20 ans.

Grande constipée chronique qui présente une sensibilité diffuse sur le trajet du côlon. L'anorexie est habituelle et les digestions capricieuses. La malade ressent des douleurs sans horaire fixe après le repas du matin, le repas de midi est bien toléré. Elle ressent des vertiges des écoeurements.

A l'examen on trouve un côlon gauche spasmé et un cæcum gargouillant.

RADIO : six heures après le repas opaque *la moitié de la gélobarine est encore dans l'iléon*, l'autre moitié dans le cæcum. Grosse poche à air gastrique. Petite quantité de liquide sécrété à jeun. Ptose gastrique, troubles du transit duodénal sur les trois portions.

OBSERVATION XI

Gastralgie d'origine douteuse. Appendicite suspecte.

Mlle Piccar...

Retard du transit iléo-cæcal.

Vient consulter le 3 janvier 1929 pour des gastralgies survenant aussitôt chaque repas mais sans caractères bien précis.

A l'examen on constate une sensibilité de la région appendiculaire. La langue est saburrale.

Le 29 janvier on revoit la malade après un traitement laxatif et un régime végétarien : la région appendiculaire n'est plus douloureuse.

RADIO : le repas est *en entier dans l'iléon* six heures après l'ingestion. L'estomac est vertical et vide, il n'est pas déformé. Son point déclive est au niveau de la crête iliaque.

La région pyloro-duodénale est normale au point de vue morphologie et sensibilité. Transit un peu difficile dans la deuxième portion du duodénum.

OBSERVATION XII

Retard du transit iléo-cæcal.

Mme Pouli...

Présente un état fébrile persistant à la suite de pleurésie on trouve en même temps un point douloureux dans la région appendiculaire.

RADIO : sept heures après l'ingestion du repas opaque, *le cæcum commence seulement à se remplir*. Il n'est pas ptosé, est assez mobile. Le point douloureux se trouve à 3 ou 4 cm. en bas et en dedans du fond du cæcum. L'estomac est normal.

CAS OU L'APPENDICITE S'ACCOMPAGNE D'HYPERTONIE
DU CÆCO-ASCENDANT

OBSERVATION XIII

Gastralgie appendiculaire. Etat spasmé du côlon.

Mlle Cail...

Le 3 mai 1928 vient consulter pour des crises gastralgiques avec état nauséux. A l'examen on trouve un point appendiculaire net et un côlon spasmé à droite.

Le 26 juin 1928 on ne constate aucune amélioration par le régime et les traitements médicamenteux. La malade a des fausses faims et une anorexie capricieuse.

RADIO : Huit heures après le repas opaque, les $3/4$ de la gélobarine sont dans le côlon droit, il en reste $1/4$ dans l'iléon. *La fragmentation est extrême*, au point que l'on reconnaît à peine la forme des cêlons. Très bonne mobilité colique. Point douloureux dans l'angle cæco-appendiculaire, et suivant les déplacements.

OBSERVATION XIV

Sequelle d'appendicectomie.

Enterospasme du cæco ascendant. Transit accéléré.

Mme Sel..., 30 ans.

Jeune femme opérée d'appendicite à froid il y a 7 ans, qui a eu comme suite opératoire un abcès pariétal. Par la

suite est survenue une grossesse qui a été menée à terme et dans de bonnes conditions. Depuis un an la malade a maigri, a pâli et a présenté des crises douloureuses intermittentes occupant le flanc droit et ne s'accompagnant d'aucun syndrome coprologique particulier. Depuis un an elle est également sujette à des migraines très violentes : traitée par la peptone associée au sulfate de magnésie, elle a vu disparaître tous ses maux.

RADIO : Le transit paraît accéléré ; six heures 3/4 après le repas opaque, *la gélobarine est répartie dans le cæco ascendant* et l'ampoule rectale. Les angles coliques et le transverse ne renferment pas de substance opaque. La zone douloureuse répondant à l'angle colique droit est le siège d'une aérocolie.

Un second repas fait voir un estomac allongé dont le point déclive est à 8 cm. au-dessous des crêtes iliaques. L'évacuation gastrique est normale.

Vingt-trois heures après la dernière prise de gélobarine on voit encore des traces de sel opaque dans le côlon. *Le cæcum, le côlon ascendant sont contractés. funiculiformes.* Le transverse est de calibre normal. La pression sur le cæcum et le cæco ascendant n'est pas douloureuse.

CAS D'HYPERTONIE DU CÆCO-ASCENDANT
DANS UN CAS DOUTEUX D'APPENDICITE

OBSERVATION XV

Spasme du cæco-ascendant. Appendicite douteuse.

Mlle Quint..., 16 ans.

Crises douloureuses intermittentes siégeant au creux épigastrique et s'accompagnant de vomissements, de mouvement fébrile. La constipation est habituelle ; à l'examen on trouve un cæcum douloureux à la palpation.

RADIO : Le transit intestinal est normal. Ptose colique et côlon *fortement stricturé*.

Un deuxième repas remplit un estomac dont le bas-fond est à 10 cm. au-dessous de la ligne bisiliaque. Le pylore est sur le flanc droit de la 4^e lombaire.

Le transit pyloro-duodénal est régulier. On note une douleur au point cæliaque et un point douloureux constant à la palpation de la région cæliaque.

CAS OU L'ON TROUVE CHEZ DES APPENDICULAIRES NÊTS L'ASSOCIATION DE LA STASE ET DU SPASME

OBSERVATION XVI

Appendicite nette.

Mme Montaug...

Le 20 novembre 1928 vient consulter parce que depuis un an elle a des nausées et elle maigrit. D'autre part depuis dix jours elle a une cõlite aiguë muco-membraneuse. A l'examen on note un point appendiculaire net et à surveiller.

Le 6 décembre 1928 elle est vue à la radioscopie qui montre une *stase iléale* très marquée et une *légère réaction hypertonique* du côlon droit. La région appendiculaire n'était pas sensible ce jour-là.

A été opérée.

OBSERVATION XVII

Appendicite chronique chez un tuberculeux.

M. Bordess...

Malade bacillaire depuis un an, qui présente des hématuries et pour qui on envisage une néphrectomie. Poussées fébriles intermittentes et de cause indéterminée. Sensibilité appendiculaire nette et côlite légère.

RADIO : *Retard net du transit, le cæcum n'est pas injecté après six heures.* L'estomac est allongé, à 6 cm. au-dessous de la crête iliaque ; l'évacuation se fait normalement mais on note de l'antipéristaltisme à trois reprises différentes sur les 2^e et 3^e portions du duodénum.

On voit des signes nets de côlite sur le côlon ascendant et sur le côlon transverse ptosé (*trajet filiforme, irrégulier et anfractueux*). La région cæcale est douloureuse, l'appendice n'est pas injecté.

OBSERVATION XVIII

Vertiges appendiculaires. Grosse stase iléale.

Etat spasme du côlon.

M. Berna..., 42 ans. Entrepreneur plombier.

Vient consulter le 24 juillet 1927 pour vertiges apparaissant par crises et l'empêchant de monter sur les échaffaudages. Ces vertiges le prennent souvent une heure avant les repas, avec sensation de besoin d'aliments ; leur début remonte à trois mois.

Pléthore rapide et récente. Gros surmenage antérieur. A eu deux coliques de plomb, en 1908 et en 1920. Actuellement on ne constate aucun signe de saturnisme ni de brightisme : pas d'albumine ni de liseré de Burton. Tension $10 \times 13 \frac{1}{2}$ au Vaquez. Quelques palpitations. L'examen du cœur est négatif. Le pouls bat à 57. Pas d'éthylisme. Vague sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite.

Le malade donne l'impression d'un dyspeptique surmené : il a du pyrosis parfois, en dehors de cette faim vertigineuse avant le repas. Un traitement au kaolin, sulfate de magnésie à doses répétées, jusqu'au repos demeure sans aucune efficacité.

Le 12 octobre 1928 : le malade revient ayant maigri très sensiblement et ressentant comme auparavant des vertiges qui apparaissent surtout quand il passe de la position debout à la position couchée. L'examen d'un auriste a éliminé toute cause auriculaire à ces vertiges. Tension $10 \times 13 \frac{1}{2}$. Sensibilité appendiculaire nette. On pense, toutes les autres causes ayant été éliminées à des phénomènes vertigineux en rapport avec une ptose possible ou à une appendicite.

Le 18 octobre : examen radioscopique (Dr Gally).

Sur la table horizontale, le point appendiculaire se révèle ce jour-là avec une extrême netteté.

Six heures après le repas opaque, gros retard du transit : la presque totalité du repas est à l'extrémité de l'iléon s'accompagnant d'une légère dilatation des anses iléales.

Point douloureux exactement localisé sur la région appendiculaire, suivant l'angle iléo-cæcal dans tous ses déplacements (debout, couché, Trendelenbourg).

Huit heures après ce premier repas, le côlon droit est visible : il existe un spasme très serré du côlon ascendant mais sans signe de cœlite ni de péricœlite pas plus que de typhlite ni de pérityphlite.

Dans l'estomac et le duodénum le transit est normal, il n'y a pas de point douloureux.

L'estomac est petit, « en virgule », couché horizontalement, du type d'extrême hypertonie.

*Cas où l'on trouve l'association de la stase iléale
et du spasme chez un appendiculaire douloureux.*

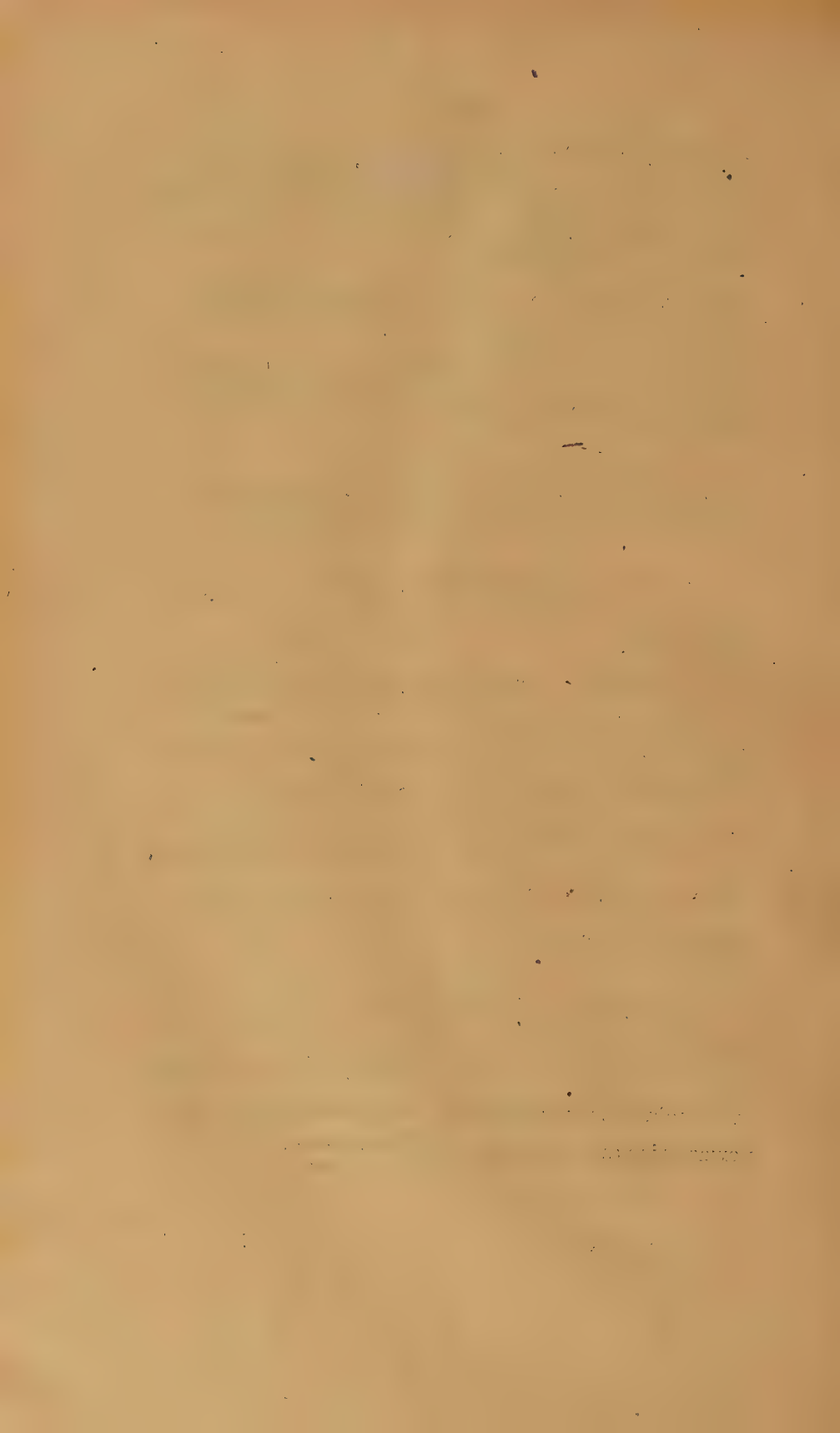
OBSERVATION XIX

Mme Rog...

Le 17 février 1928 vient consulter parce qu'elle souffre de gastralgies survenant après le repas de midi, souvent en série pendant huit jours, et cela depuis trois ans. En outre, elle ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite.

A l'examen le point douloureux appendiculaire est très net, sans défense musculaire. Le point douloureux vésiculaire est également très net par la manœuvre de Murphy : douleur à la pression bas située au-dessus de l'arcade crurale droite (douleur salpingienne).

RADIO : *Le caeco ascendant est spasmé* et très douloureux surtout à sa partie moyenne. L'appendice est visible non douloureux. *Léger retard de transit dans l'iléon.* Estomac en J, mobile et non douloureux. Fonctionnement pylorique normal, rien au duodénum, rien à la vésicule.



CONCLUSIONS

Indépendamment de la stase iléale vraie, le simple retard du transit iléo cœcal —, consistant dans le fait que six heures après le repas opaque la plus grande partie du repas est encore dans l'iléon, le cœco ascendant n'étant pas entièrement visible — se rencontre avec une fréquence particulière chez les sujets atteints d'appendicite chronique.

L'entérospasme du côlon est fréquent dans l'appendicite. Il revêt au cours de cette maladie une forme très spéciale. Le spasme colique demeure localisé au cœco ascendant, il ne dépasse pas l'angle droit du côlon et respecte dans toute leur étendue le transverse et le descendant.

Traduisant selon toute vraisemblance une colite segmentaire évoluant en liaison avec l'appendicite ou un réflexe hypertonique d'origine appendiculaire à détermination colique, cet état contracté du côlon droit seul, à l'exception du reste du gros intestin, associé ou non au retard du transit iléo-cœcal si

fréquent chez ces malades, s'observe avec une grande fréquence au cours de l'appendicite dont il constitue un syndrome radiologique indirect et de réelle valeur.

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Aubourg (P.)*. — Radiographie de l'appendice cœcal sur le vivant (Presse médicale, 28 mai 1910, p. 402).
- Les résultats pratiques de l'examen radiologique du gros intestin (Journal de Diététique et de Bactériothér., 1912, n° 1, p. 4).
- Stase appendiculaire (Société des Chirurgiens de Paris. Paris médical, 1921, p. 517).
- Béclère*. — Premier radiogramme de l'appendicite normal (Société de Radiologie, oct. 1909).
- Béclère et Mériel*. — Exploration radiographique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin (Rapport du 25^e Congrès de Chirurgie, 1912).
- Baumel*. — Diagnostic clinique et radiologique des appendicites chroniques (Arch. des Malad. de l'app. digestif, 1926, p. 582).
- Carnoy*. — L'exploration radiologique du cœcum en position renversée. Thèse de Paris, 1929.
- Desternes et Baudon*. — Valeur de la radiographie dans le diagnostic de l'appendicite chronique (Journal de Diététique et de Bactérioth., 1914, n° 5).
- Desmarest et Diamant-Berger (L.)*. — Où en est l'appendicite chronique ? (Science médicale pratique, mars 1928, p. 76).
- Dupuy de Frenelle*. — Le diagnostic de l'appendicite chronique

et sa confirmation par la radiographie (Gazette méd. de Paris, 1912, p. 373).

- Le diagnostic de l'appendicite chronique précisé et confirmé par la radiographie (Paris chirurgical, 1913, p. 7).
- Les signes de probabilité et de certitude de l'appendicite chronique (Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris, 1920, n° 10).
- La vérification du diagnostic de l'appendicite chronique par la radiologie (Journal de Médecine de Paris, 2 août 1926, p. 653).

Durand (G.). — Valeur séméiologique des douleurs tardives (Progrès médical, 25 juillet 1914).

Duroselle. — Péricolite et appendicite chronique. Thèse de Paris, 1918-1919, n° 233.

Enriquez et Durand. — Syndrome radioscopique gastro-iléal dans le pylorisme (Presse médicale, 25 août 1920).

Faroy et Baumann. — L'appendicite chronique, ses complications, son traitement (Journal médical français, 1924, p. 133).

Fleig. — Contribution au diagnostic radiologique de l'appendicite chronique (Vie médicale, 23 déc. 1921).

Gutmann. — L'examen d'une appendicite chronique (L'Hôpital, mai 1922).

Jacquet (P.). — La colite appendiculaire et les cas limites de l'appendicite (Paris médical, 23 février 1929).

Jacquet (P.) et Serrand (J.). — Exploration radiologique du cœcum en position renversée (Paris médical, 7 avril 1928).

Jacquet (P.). — Les états gastralgiques (Journal médical français, 1928, n° 8, p. 268).

Jaisson. — Formes radiologiques de l'appendicite chronique (Revue médicale de l'Est, 15 avril 1922).

- Laroche, Brodin et Ronneaux.* — Etude critique de l'appendicite chronique. Importance de l'examen radiologique (Presse médicale, 8 avril 1922).
- Carman.* — The Roentgen diagnosis of diseases of the Alimentary Canal, 1921, p. 605).
- Chalier.* — Les lésions cœco-coliques dans l'appendicite chronique. Leur importance pathogénique et thérapeutique (Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, n° 12, 4 avril 1922).
- Guenaux et Vassel.* — Le radio-diagnostic de l'appendicite chronique (Paris médical, 1927, p. 141).
- Maire.* — Les signes radiologiques de l'appendicite chronique (La Clinique, déc. 1926, n° 76, p. 384).
- Mougeolle.* — Etude radiologique de l'appendicite chronique. Thèse de Nancy, 1922.
- Okinczyc.* — Appendicite chronique et stase intestinale (Pratique médicale française, 1924, série A, p. 431).
- Ramond (F.).* — Comment reconnaître une appendicite chronique (Journal médical français, 1924, p. 130).
- Roux-Berger.* — Stase intestinale chronique (Journal des Praticiens, 4 janv. 1919).
- Trémoières.* — L'examen radiologique de l'appendicite chronique (Journal médical français, 1924, p. 154).
- Tufier et Aubourg.* — Exploration radiologique du gros intestin par le lavement bismuthé (Société de Chirurgie, mars 1911).
- Turriés.* — Les spasmes coliques (Marseille médical, 1926, p. 1299).

